



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 4 / 2 0 1 7

(Sección 2ª)

La Laguna, a 12 de enero de 2017.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por E.B.O.B., en nombre y representación de su hija, M.L.H.O., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 446/2016 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

El objeto del presente dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, es una Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica. La solicitud de dictamen, de 1 de diciembre de 2016, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 12 de diciembre de 2016. De la naturaleza de esta Propuesta se deriva la competencia del órgano solicitante, la competencia del Consejo y la preceptividad del dictamen, según los arts. 12.3 y 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC), en relación, este último precepto, con el art. 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, norma aplicable al caso, así como la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC), en virtud de lo que determina la disposición transitoria tercera, letra a), en relación con la disposición final séptima, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

* Ponente: Sr. Bosch Benítez.

II

1. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo, y, por ende, del derecho a reclamar de M.L.H.O., al haber sufrido en su persona el daño por el que reclama, si bien el escrito inicial de reclamación lo presenta a través de su madre, E.B.O.B., ratificando posteriormente aquélla, mediante su firma, el escrito de reclamación y los posteriores.

2. En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento, corresponde a la Administración autonómica, actuando mediante el mencionado Servicio, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

3. El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin al procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

4. La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, añadido por la Ley 4/2001, de 6 de julio, de Medidas Tributarias, Financieras, de Organización y Relativas al Personal de la Administración Pública de Canarias.

5. Se cumple, asimismo, el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, pues se ha presentado la misma en la Gerencia de Atención Primaria, el 2 de marzo de 2012, desde donde se remite a la Secretaría General Técnica de la Oficina de Defensa de los Derechos de los Usuarios Sanitarios (ODDUS) el 10 de mayo de 2012, que, a su vez, el 18 de mayo de 2012 la remite a la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, respecto de un daño cuyo alcance queda fijado el 14 de abril de 2014, fecha del alta de la paciente por el proceso asistencial por el que reclama, estando, a la fecha de la reclamación, constatado un daño (por retraso en diagnóstico), a juicio de la reclamante, por lo que no ha transcurrido el plazo de un año para reclamar de conformidad con lo dispuesto en el art. 142.5 LRJAP-PAC, dado que al tiempo de la reclamación aún se está produciendo el perjuicio por el que se reclama (pendiente de operación quirúrgica).

III

1. El objeto de la presente reclamación, según escrito de la interesada, viene dado por los siguientes hechos:

«Primero.- El día 22.01.2012, alrededor de las 12.30, mi hija se cayó y apoyó la mano derecha, por lo que todo el peso del cuerpo recayó sobre la mano. El golpe le afectó el dedo anular que no puede mover bien. El dolor se localizó alrededor de dicho dedo y en la palma de la mano.

Segundo.- Inmediatamente nos personamos en el C.S. de San José. Antes de pedir hora para el médico de urgencia mi hija habló con la persona que está en admisión, le explicó lo ocurrido y le preguntó si era conveniente que se dirigiera directamente al Hospital Insular, a lo que le respondió que el médico de urgencias determinaría si era necesario remitirla al hospital.

Una vez en el médico se le explica lo ocurrido y éste le diagnostica una tendinitis postraumática, le manipula la mano (...) le pone un vendaje para inmovilizarle los dedos, la remite a su médico de cabecera y le indica 7 días de reposo y calmantes (nolotil).

Se pide hora para el médico de cabecera.

Durante dos días el dolor se mantiene y sólo se calma cuando está bajo los efectos del calmante, y además la mano comienza a hincharse y a perder movilidad en el dedo.

Tercero.- El día 24.01.2012, a causa del excesivo dolor, inflamación y porque el vendaje le molestaba, volvemos al centro de salud -a urgencias- y el médico que la atiende se preocupa de que no se haya hecho una radiografía, por lo que le indica la misma con carácter urgente en el Centro Prudencio Guzmán. Al volver con la radiografía y verla diagnostica que tiene una luxación, le cambia el tipo de vendaje poniéndole una férula dura en el dedo para inmovilizarlo totalmente e insiste en que la vea el médico de cabecera. Le cambia el tratamiento indicándole un analgésico Enantyum 25 mg cada 8 horas y que continúe con reposo.

Cuarto.- El día 30.01.2012, en la cita con el médico de cabecera la atiende la doctora R.M.Á. (...) decide retirar la férula dura alegando que no hay luxación y que la poca movilidad que tiene en el dedo es debida a "que el hematoma le comprime el nervio", por lo que le indica baños locales de agua caliente y fría en la zona dolorida y un nuevo calmante cada 8 horas, Trombicid y más días de reposo. Le dice que pida hora para la próxima semana.

(...)

Quinto.- El día 06.02.2012 asiste nuevamente a la consulta del médico de cabecera, Dr. M.L. (...) se le diagnostica que simplemente es un dolor producto de la caída que irá cediendo

con el tiempo y que con seguridad no hay luxación, le cambia el tratamiento por paracetamol (...).

Sexto.- El día 10.02.2012 debe hacerse una analítica en el Hospital Insular, por causas ajenas a este problema, y la ATS que la atiende detecta que no puede cerrar adecuadamente la mano, le pregunta qué le pasa y al contárselo le sugiere que solicite un diagnóstico adecuado y que sólo un traumatólogo podría dar el mismo.

(...)

Séptimo.- El 15.02.2012 asisto a la consulta del Dr. M.L. (traumatólogo) y me comenta que hay afectación en la mano y que producto del desplazamiento de un hueso del dedo anular el ligamento ha ocupado el lugar del mismo y que el hueso no puede volver a su sitio, por lo que es necesario operar, además de que se ha perdido mucho tiempo y que la operación debe ser lo más rápido posible. Me pide que le haga una nueva radiografía para dar un diagnóstico más certero y que la lleve nuevamente a su consulta. Le indica que se haga una sinactilia con los dedos corazón y anular y que los mantenga así el mayor tiempo posible para evitar otras complicaciones, e insiste varias veces en que "ya vamos con retraso".

Octavo.- El 16.02.2012 vuelvo al C.S. de San José y le explico lo que ocurre al médico que estaba de urgencias, que era el Dr. que le diagnosticó la luxación, e inmediatamente la remite al servicio de traumatología del Hospital Insular.

En traumatología del Hospital Insular le vuelven a repetir la radiografía y la remiten con urgencia el lunes 20.02.2012 a la consulta diurna de Traumatología y Cirugía Ortopédica.

(...) se le explicó en qué consistía la operación y además se le explicó que quedaría con un grado de inmovilidad definitivo en la mano. En la radiografía se detectó que además de la luxación había una pequeña fractura.

(...) se le da cita para dentro de dos meses.

Noveno.- Cabe añadir que se encuentra realizando estudios en la ULPGC en la facultad de arquitectura, que es diestra y que debido a todo lo expuesto anteriormente está teniendo dificultades para cumplir con sus deberes.

(...) además es, independientemente de un daño emocional para ella, un problema económico puesto que no podrá presentarse a examen a asignaturas que tiene matriculadas y abonadas (...).

2. Se solicita una indemnización que cuantifica en 19.550,23 euros por los daños sufridos como consecuencia del proceso asistencial referido.

IV

Constan en este procedimiento las siguientes actuaciones:

- El 22 de mayo de 2012 se identifica el procedimiento y se insta a la interesada a mejorar su solicitud mediante la aportación de determinada documentación. De ello recibe notificación el 26 de mayo de 2012, viniendo a cumplimentar este trámite el 5 de junio de 2012.

- Por Resolución de 7 de junio de 2012, de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación de la interesada. Ello se notifica a la reclamante el 8 de junio de 2012.

- El 7 de junio de 2012 se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), viniendo a emitirse el mismo, tras recabar la documentación oportuna, el 10 de mayo de 2016.

- Al tramitarse paralelamente procedimiento ante la ODDUS, tras la emisión de los oportunos informes médicos de contestación a la reclamación de la interesada, de fechas 1 de agosto, 1 de mayo y 15 de mayo de 2012, respectivamente, que le son remitidos a aquélla para que presente alegaciones el 24 de agosto de 2012, ésta presentó escrito de oposición a los mencionados informes médicos el 25 de septiembre de 2012. Esta documentación fue remitida por la ODDUS a la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud el 2 de octubre de 2012, que a su vez la trasladó al SIP el 5 de octubre de 2012.

- El 18 de mayo de 2016, a efectos de dictar acuerdo probatorio, se insta a la interesada para que aporte el informe médico y el documento pericial citados en su reclamación, de lo que es notificada el 5 de junio de 2016. Presenta dicha documentación el 31 de mayo de 2016.

- El 20 de julio de 2016 se dicta acuerdo probatorio, estimando la procedencia de todas las pruebas propuestas, y, puesto que todas son de carácter documental, ya incorporadas al expediente, se concluye tal trámite. De ello recibe notificación la interesada el 27 de julio de 2016.

- El 20 de julio de 2016 se acuerda la apertura de trámite de audiencia, lo que se notifica a la interesada el 27 de julio de 2016. No consta la presentación de alegaciones.

- El 5 de octubre de 2016 se formula Propuesta de Resolución desestimatoria de la pretensión de la reclamante, y en el mismo sentido consta borrador de Resolución del Director General del Servicio Canario de la Salud, sin fecha, que es informada favorablemente por el Servicio Jurídico el 28 de octubre de 2016.

- A efectos de la preceptividad o no de la solicitud de Dictamen de este Consejo, se insta a la interesada el 21 de noviembre de 2016 a cuantificar su reclamación, lo hace el 25 de noviembre de 2016. Su valoración, 19.550,23 euros, determina el carácter preceptivo de la solicitud del Dictamen a este Consejo.

- El 1 de diciembre de 2016 se emite Propuesta de Resolución definitiva, que es remitida a este Consejo Consultivo.

V

1. En cuanto al fondo del asunto, como se ha señalado, la Propuesta de Resolución desestima la reclamación de la interesada, lo que hace con fundamento en los informes recabados y, especialmente, en el informe del SIP, que acoge los mismos.

2. Como se argumentará seguidamente, este Consejo Consultivo considera que la Propuesta de Resolución no justifica adecuadamente la desestimación de la pretensión de la reclamante.

A tal efecto, ante todo, es preciso señalar los antecedentes del proceso asistencial recibido por la reclamante, con arreglo a lo aportado por la interesada y se recoge en su historia clínica, que, según relata el informe del SIP son:

«1.- Paciente mujer, de 20 años de edad como antecedentes personales de interés según consta en Historia de Atención Primaria de Salud figuran: en 2011 Estudio en Servicio de Reumatología por cuadros de dolor, impotencia funcional, y tumefacción y rigidez en manos, de predominio en la derecha, y rectorragia. Artritis en estudio asociado a rectorragia. Se solicita colonoscopia y se pauta tratamiento con Zamene 6 mgrs.

2.- El día 22 de enero del 2012 a las 13,30 la paciente acude al S. de U. del C. de Salud de San José, siendo el motivo de consulta dolor en el anular después de una caída en la mano derecha.

A la exploración física de la mano: (pulsos positivos), dolor a los movimientos de la mano de flexión y extensión.

Conclusión diagnóstica: Tendinitis post-traumática.

Tratamiento efectuado: Vendaje inmovilización mano—muñeca durante 7 días. Y Nolotil si dolor. Control médico de cabecera.

El 24 de enero la paciente acude de nuevo al servicio de Urgencias mencionado a las 11,56. Motivo de consulta: dolor, inflamación y el vendaje le molestaba.

Conclusión diagnóstica: Luxación postraumática. El médico solicita Radiografía carácter Urgente en Prudencio Guzmán. A la vista de la radiografía Conclusión diagnóstica: Luxación

4º dedo mano derecha. Le quita el vendaje y le coloca: férula digital IV dedo mano derecha, le pauta antiinflamatorios (enantyum/8 horas), y la remite al médico de cabecera.

El día 30 de enero de 2012 Acude a su médico de cabecera y le atiende la Dra. R.M.Á. El motivo de consulta es: dolor y aumento de volumen del 4º dedo de la mano derecha, la paciente aporta la radiografía a de mano. Concluye: no fractura en hematoma en mano.

A la exploración: presenta edema con hematoma importante en la cara palmar y sobre todo en 2º dedo de la mano derecha, limitación a la flexión sobre todo del 4º dedo.

Plan actual: analgesia con paracetamol codeína y trombocid pomada, reposo.

El día 7 de febrero de 2012. Asiste nuevamente a su médico de familia, quien le explora la mano y le diagnostica de contusión en mano derecha (dolor postraumático). Realizar ejercicios de rehabilitación en domicilio. Cita para control en 10 días.

El día 15-02-2012, la paciente acude a consulta privada de Traumatólogo Dr. M.L. quien le pide una nueva radiografía.

El día 16 de febrero de 2012 a las 11.40 acude de nuevo al S. de U. de San José, y le comenta el informe del traumatólogo privado, y el médico de guardia la deriva Urgente al servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital Insular y le piden radiografía de mano Pósterio- anterior y oblicua. Y la remiten con Urgencia a la consulta diurna de traumatología y cirugía ortopédica.

3.- El día 20-02-2012 la ve en el Servicio de Traumatología del HUMI el Dr. M.L. quien comenta: "Presenta dificultad a la flexión completa del 4º dedo 30º-40º. Extensión 0º. No pérdida de sensibilidad.

Radiografía: fractura cabeza 4º metacarpiano. Se incluye en lista de espera para cirugía".

Según Informe Médico emitido por el Dr. J.M.H. el día 13 marzo 2012, la paciente fue intervenida quirúrgicamente por Luxación inveterada de articulación metacarpo-falange 4º dedo mano derecha, con tratamiento de Corrección-Reducción de dicha luxación en Clínica S.R., con cargo al S.C.S.

Posteriormente férula y rehabilitación.

El día 23 de abril de 2012 vista en consultas Externas de traumatología concluye: operada de una reducción metacarpo-falángica inveterada férulas a corregir.

El día 18-06-2012 en consultas externas de Traumatología. Actualmente: déficit de extensión MF 20º. Buena estabilidad y orientación, actualmente con férulas de flexo-extensión.

4.- El día 14-08-2012 primera visita Rehabilitación General: mujer de 22 años de edad, estudiante. Operada de luxación 4º metacarpiano falange mano derecha el día 13/03/2012 tras caída accidental. Ausencia de complicaciones postoperatorias. Buen control del dolor. Tras la cirugía recibió tratamiento rehabilitador en Clínica S.R., con cierta mejoría. Usa férulas activas de flexión y extensión.

Exploración: Balance articular mcf 4º dedo derecho: 45-60º. Estabilidad articular en rango explorado. Movilidad interfalángica proximal y distal conservada.

Diagnóstico: Luxación MCF 4º dedo mano derecha. Se remite a tratamiento rehabilitador con carácter preferente a Clínica S.R., para ganancia articular y funcional de mano. Se solicita Radiografía de mano antero-posterior y lateral.

El día 08-10-2012 vista en Consultas externas traumatología el traumatólogo escribe: "Hablo por teléfono y explico la necesidad de una nueva intervención quirúrgica".

El día 19-11-2012 Valoración conjunta Unidad Cirugía Miembro Superior y rehabilitación: Nula mejoría con trato Rehabilitador, persistiendo dolor y similar exploración física. Se suspende trato. Rehabilitador, Pendiente de intervención quirúrgica en la clínica S.R."

5.-El 14 de marzo de 2013 se vuelve a reintervenir por presentar subluxación recidivante, para Corrección - Reducción de fractura aplastamiento articular de la cabeza del 4º metacarpiano que no dejaba reducir la luxación y fijación de tendón extensor.

El día 29-04-2013 consultas externas traumatología: Mover y férulas. Actualmente 6 semanas. Se solicita TAC y radiografía.

El 25-06-2013 control rehabilitación: mejoría parcial persistiendo déficit de extensión MCF -20º. Flexión mínimamente limitada. Seguir con férulas activas. Control (COT).

El día 15-07-2013 nuevo control traumatología. Movilidad completa y sin dolor.

En Informe Clínico emitido por el Dr. J.A.M.H., Jefe de sección de Cirugía Ortopédica y Traumatología (C.O.T.) del (C.H.U.I.M.I.) el día 25 de julio de 2013.

"Paciente de 20 años de edad, estudiante de arquitectura. Diestra.

Caída de 3 semanas de evolución, con posterior imposibilidad funcional a nivel del 4º dedo de la mano derecha, valorada en varias ocasiones en Atención Primaria.

La radiografía presenta una fractura de la cabeza del 4º metacarpiano con sospecha de incarceration de la placa palmar.

Se decide intervención quirúrgica, con vistas a realizar una reducción abierta y una reposición articular, realizándose dicha intervención y posteriormente movilización con una evolución satisfactoria, aunque con persistencia de cierta limitación funcional, a nivel de la metacarpofalángica, pero que no le impedía el desarrollo y las tareas de la vida cotidiana.

La paciente ha sido valorada regularmente en consultas externas, se le indicó rehabilitación y ha hecho una retracción de las estructuras palmares y en la control se evidencia una nueva subluxación palmar de la articulación metacarfalángica, que van a precisar una nueva valoración y una nueva reducción quirúrgica de la luxación, por lo cual la paciente se incluye en lista de espera con vistas a realizar dicha intervención.

Es intervenida de nuevo el día 03-03-2013, realizándose Artrolisis metacarpo-falángica y transferencia estensor sobre 1ª falange. Posteriormente recibe rehabilitación y tratamiento con férulas.

El día 15-07-2013 acude a consulta para valoración, presentando muy buena evolución con movilidad casi completa y sin apenas dolor. Se recomienda continuar con el mismo tratamiento hasta próxima consulta".

Realizado TAC el 20-09-2013 concluye: los hallazgos estarían en relación con cambios degenerativos 2º a luxación inveterada metacarpofalángica del 4º dedo derecho.

El día 07-10-2013. Nuevo control traumatología: movilidad completa, buena cicatriz. Buena fuerza. No dolor. TAC bien, Radiografía bien. Plan, seguir igual.

El día 14-04-2014 Actualmente buena cicatrización. Movilidad completa. Se hacen fotos y se da el alta.

Según Informe de la Dra. P.R.M. especialista en Medicina Física y rehabilitación al acabar el tratamiento el día 28-05-2013 por tumefacción residual Metacarpo falángico en 4º dedo:

Cicatriz algo adherida a planos profundos a nivel MTCF: Palmar desprendida flexo MTCF de -20-30º reductible de forma pasiva, impresionando de incompetencia tendinosa.

Flexión MTCF 90º, Empuñadura completa».

3. Dados estos antecedentes, y como se indicó con anterioridad, este Consejo no comparte la Propuesta de Resolución, puesto que del propio informe del SIP se desprende que, efectivamente, como señala la interesada, hubo un retraso en el diagnóstico correcto, tras varias modificaciones del mismo, contribuyendo a un tardío tratamiento del padecimiento de la reclamante.

Así, ha de ponerse de relieve que el informe del SIP resulta contradictorio cuando, por un lado, se afirma en el mismo que el diagnóstico correcto y definitivo se dio al tercer día de la caída (el 24 de enero de 2012), siendo luxación de cuarto dedo de mano derecha, que es de lo que, finalmente sería intervenida quirúrgicamente la interesada; pero, por otro lado y más adelante, señala el citado informe que, dada la dificultad del diagnóstico, se ofrecieron diagnósticos diferentes a la paciente. De ello se deriva que el diagnóstico dado al tercer día, incluso

coincidiendo con el del traumatólogo y demostrándose finalmente ser el correcto, no se dio por cierto en posteriores consultas, que hacen referencia a «limitación de flexión», «contusión», dando lugar a tratamientos diferentes.

El informe del SIP concluye del siguiente y paradójico modo:

Apartado 2:

«Cuando 3 días más tarde de la caída la paciente acude de nuevo al Servicio de Urgencias por dolor, inflamación y molestias por el vendaje, lo cual entra dentro de la evolución normal de todo proceso inflamatorio postraumático, el médico que la ve, la explora y la valora, decide solicitar una radiografía de la mano con la cual concluye. Luxación de 4º dedo mano derecha. Ya en ese momento tiene un diagnóstico que coincide con el que hace el traumatólogo el día 20 de febrero (sic). Procede a colocar férula de inmovilización, lo que es una práctica médica correcta».

Apartado 6:

«Consideramos que la luxación que presentaba la paciente era de difícil diagnóstico a través del estudio radiológico, pues como consta en el informe se le dieron diagnósticos diferentes (sic), y como dice en su informe la Dra. R.M.A. "Aun siendo valorada la paciente por un especialista en Traumatología, se vuelve a solicitar una nueva radiografía para un diagnóstico certero y se cita nuevamente, se practica inmovilización), y además cuando es valorada en Urgencias del hospital se pide nuevo estudio radiológico"».

Pues bien, este Consejo no puede aceptar el razonamiento que se contiene en la Propuesta de Resolución, según el cual, y en virtud del informe del SIP, «no se observa negligencia en la asistencia prestada a la reclamante, realizándose las pruebas diagnósticas necesarias que precisaba, existiendo como informa el Jefe de Servicio de Traumatología una lesión articular rara de difícil diagnóstico en urgencias y tratamiento y que suele pasar desapercibida, pero que sin embargo en el caso que no ocupa diagnosticada y tratada de forma adecuada, presentando en la actualidad buena evolución y movilidad casi completa», por cuanto lo cierto es que si tan difícil era el diagnóstico, resulta incomprensible, por contradictorio, que, *una vez determinado el mismo al tercer día de la asistencia prestada a la paciente*, y puesta férula, lo que, según el informe del SIP, es una práctica adecuada en primera instancia (tratamiento conservador), en consultas posteriores se diera un paso atrás y se retirara la férula a la paciente negando el diagnóstico, que era el correcto, una y otra vez.

Tales -inexplicables- oscilaciones en el diagnóstico y tratamiento condujeron a la paciente a asistir a un traumatólogo privado, que repitió la radiografía -ya que dado

el tiempo transcurrido desde la caída podría haberse modificado el estado de la lesión inicial- y confirmó, el día 15 de febrero de 2012, el diagnóstico ofrecido el 24 de enero de 2012, que, pese a ser el correcto, tal y como se comprobaría en posteriores asistencias a especialista en traumatología del Hospital Insular -a donde fue remitida tras la consulta de la paciente nuevamente con el doctor que el día 24 le diagnosticó la luxación-, se negó en varias asistencias médicas a las que acudió la paciente, siendo tratada de contusión, tendinitis (...), retrasando e interfiriendo en la curación de la lesión producida (tal es así que el día 30 de enero de 2012 se retira la férula puesta el 24 de enero de 2012, tras serle diagnosticada luxación, al negar precisamente que exista la misma).

4. Por tanto, atendiendo a los antecedentes expuestos procede llevar a cabo varias consideraciones:

A) Entre las conclusiones del informe del SIP (apartado 1) se señala que el primer diagnóstico, de tendinitis postraumática realizada en urgencias el día 22-01-2012, es correcto, pues «este juicio diagnóstico no precisa de pruebas de diagnóstico radiológico, ya que los tendones no pueden verse con esta técnica».

Al respecto, no cabe más que destacar la paradoja que encierra el propio razonamiento, pues, lógicamente, se diagnosticó en rigor de tendinitis, por no haberse realizado una radiografía, en la que, claro está, no se hubieran visto los tendones -que no estaban dañados, tal como se constató después-, pero se hubiera detectado la luxación existente, cosa que ocurrió el día 24 cuando se realizó la primera radiografía. Es decir, *el informe del SIP justifica un diagnóstico erróneo en la falta misma de realización de prueba objetiva que hubiera determinado el correcto.*

En definitiva, desde que se realizó la primera radiografía, el día 24 de enero de 2012, se llegó al diagnóstico correcto: luxación de cuarto dedo y así se trató.

Por otro lado, no cabe afirmar que se ofrecieran varios diagnósticos antes del correcto por la dificultad del mismo, pues lo cierto es que, a pesar de tal dificultad, el diagnóstico correcto se produjo el señalado día 24, pero el mismo fue rebatido erróneamente en consultas posteriores, retrasando e interfiriendo en el correcto tratamiento.

B) Asimismo, si el propio SIP asegura en el apartado 2 de sus conclusiones que la decisión adoptada en la asistencia prestada a la reclamante en el Servicio de Urgencias el día 24 de enero, de solicitar una radiografía de la mano que evidenció la

existencia de luxación de 4º dedo de la mano derecha (ya en ese momento se tiene, pues, un diagnóstico que coincide con el que hace el traumatólogo el día 20 de febrero) y de colocar férula de inmovilización, es una práctica médica correcta, no cabe justificar que en la siguiente consulta, del día 30 de enero, se retirara la férula, rechazando el diagnóstico de luxación (erróneamente), puesto que dicha actuación alteró significativamente, perjudicándolo, el correcto tratamiento de la luxación, que sí padecía la reclamante.

C) Por otro lado, si bien afirma el informe del SIP que la intervención quirúrgica no era urgente y que «si la intervención hubiera sido de esa naturaleza se le hubiese indicado», lo que no puede aceptarse, siguiendo la contradictoria línea argumental que mantiene dicho informe, es que la determinación de su necesidad haya quedado diferida como consecuencia de haberse producido retraso y contradicciones en el diagnóstico, y no como consecuencia del devenir de la patología de la paciente tras ser tratada de forma conservadora y correcta desde un primer momento, como debió ocurrir.

D) Por todo ello, este Consejo concluye que la asistencia prestada a la paciente no fue conforme a la *lex artis ad hoc* hasta que, tras consulta del 16 de febrero de 2012, el doctor que diagnosticó la luxación inicialmente remitió a la paciente al Servicio de Traumatología del Hospital Insular, momento a partir del cual fue adecuadamente diagnosticada y tratada.

5. En cuanto al alcance del perjuicio por el que se reclama, en escrito de 25 de noviembre de 2016 se señalan por la interesada como daños:

- Por un lado el que atribuye a la larga demora en el diagnóstico de la luxación, esto es, que no quedara «más opción que la intervención quirúrgica». Además, ha de tenerse en cuenta que tras la primera intervención y rehabilitación, al detectarse fractura que impedía corregir la luxación, hubo de ser nuevamente intervenida, habiendo sufrido entretanto fuertes dolores.

- Las dos intervenciones quirúrgicas realizadas imposibilitaron la continuación del tercer y cuarto curso de carrera de Arquitectura, con el daño emocional y el lucro cesante asociado, al retrasarse su incorporación al mundo laboral.

- Finalmente, como consecuencia del proceso asistencial se ha limitado definitivamente la movilidad del cuarto dedo de la mano derecha, sufriendo, además, secuelas estéticas como consecuencia de las intervenciones quirúrgicas: cicatrices y acortamiento del dedo.

Se solicita, pues, como indemnización por «lesión principal», 4.597,96 euros; por días de recuperación, operaciones quirúrgicas y rehabilitación, 12.098,24 euros; y por daños permanentes, secuelas y daños estéticos, 2.854,03 euros.

Al respecto, ha de señalarse que, si bien se ha constatado inicialmente una sucesión de diagnósticos erróneos, e incluso de negación del correcto, como se ha visto, retrasando el tratamiento de la luxación de la paciente, lo cierto es que no puede afirmarse que, de haberse diagnosticado y tratado de forma conservadora inicialmente, no se hubiera requerido intervención quirúrgica finalmente. Además, la segunda intervención realizada el 14 de marzo de 2012 se debió a una subluxación recidivante, no atribuible a una mala *praxis* médica, sino a la propia evolución de la patología de la paciente.

Por tanto, cabe entender, desde luego, que entre el 22 de enero y el 16 de febrero de 2012, fecha en la que el doctor que le diagnosticó la luxación inicialmente la confirma y la remite al Servicio de Traumatología de Hospital Insular, momento a partir del cual es correctamente tratada, hay un daño físico y moral a la reclamante, toda vez que al no haberse diagnosticado adecuadamente tampoco fue tratada de manera correcta la lesión que padecía, generando en ella el consiguiente dolor, retraso en su curación, así como ansiedad por la situación producida ante las contradicciones por los distintos facultativos que la trataban.

Ello, indudablemente, tiene que ser indemnizado, debiendo cuantificarse el daño en la mitad de lo reclamado por la interesada, que se refiere a todo el periodo de tratamiento, cuando, desde el 16 de febrero de 2012 se adecuó la asistencia a su patología.

En cuanto a la necesidad o no de las intervenciones quirúrgicas y a las secuelas padecidas por la reclamante, no puede afirmarse que, de haberse diagnosticado y tratado adecuadamente desde el día 22 de enero de 2012, se hubieran evitado, pudiendo sólo sostenerse que tal retraso implicó una pérdida de oportunidad en la paciente de curación anticipada o, al menos, ha creado la incertidumbre acerca de qué curso hubiera seguido su patología de haberse diagnosticado y tratado antes, privando a la paciente de esta oportunidad.

Por tanto, los daños por necesidad de intervenciones quirúrgicas, así como la recuperación y rehabilitación, junto con las secuelas derivadas del proceso (no debemos obviar que la reclamante tenía antecedentes recientes, en 2011, de examen en el Servicio de Reumatología por cuadros de dolor, impotencia funcional, y

tumefacción y rigidez en manos, de predominio en la derecha, lo que se reconoce en la propia reclamación), deberán indemnizarse en la mitad de la cuantía reclamada.

Así pues, deberá indemnizarse a la reclamante, como consecuencia del retraso en el diagnóstico y tratamiento de su patología, en la cuantía de 9.775,115 euros, cantidad que deberá actualizarse de conformidad con lo establecido en el art. 141.3 LRJAP-PAC.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta Resolución no se considera ajustada a Derecho, debiendo estimarse parcialmente la reclamación presentada al concurrir relación de causalidad entre la actividad administrativa y el daño producido, e indemnizar a la interesada con arreglo a los criterios expuestos en los términos que se expresan en el Fundamento IV de este Dictamen.